

therie-patiënten een gemiddelde van 18 dagen voor den typus mitis en een gemiddelde van 43 dagen voor den typus gravis. Deze gemiddelden zijn berekend uit minima en maxima van 1—191 dagen (mitis) en 5—161 dagen (gravis). Wanneer men dus elk dezer patiënten zóó lang verpleegd zou hebben tot zijn besmettingsgevaar volledig geweken was, dan zou bij de eindrekening gebleken zijn, dat men aan verpleegkosten niet meer besteed had dan het bedrag dat noodig ware geweest om alle in de barak opgenomen patiënten voor zoover met mitis-infectie gedurende $2\frac{1}{2}$ week (18 dagen) en voor zoover met gravis-infectie gedurende 6 weken (43 dagen) te verplegen. Hetgeen niet buitensporig te noemen is.

Hoog Blaricum, 18 Februari 1943

G. J. HUËT

PSYCHOSES BIJ DIPHTHERIE?

In zijn opstel in dit *Tijdschrift* van 20 Februari 1943, bl. 357 deelt collega mr. P. A. H. BAAN mede, dat in de psychiatrische hand- en leerboeken de diphtherie vermeld staat als een infectieziekte, die niet tot een psychose zou leiden. In de literatuur over infectieziekten vind ik evenmin psychoses bij diphtherie vermeld. Zelf heb ik (op een zéér groot aantal diphtheriegevallen) nooit een psychose gezien.

Collega BAAN beantwoordt echter de vraag van het voorkomen van diphtherie-psychoses bevestigend en deelt twee gevallen hiervan mede. Deze kunnen mij echter allerminst overtuigen. Van het eene ziektegeval (patiënte C.), dat „onder de diagnose diphtherie” werd opgenomen, ontbreekt het bewijs geheel. De schrijver vermeldt zelfs: „*Het onderzoek naar diphtheriebacillen viel hier steeds negatief uit.*” Deze patiënte had mijns inziens een angina met sterk gezwollen tonsillen.

De andere zieke, patiënte B. had inderdaad diphtherie. Zij had „een maniaaal syndroom bij een debilitas mentis”, zij was „van huis uit wat hypomaniacaal”, zij had „eenige dagen hooge koorts gehad” (bij diphtherie is een *matige* temperatuursverhoging de regel). *Zou het diphtherietoxine hier wel van betekenis zijn geweest* en zou bij haar niet evengoed een andere ziekte met hooge koorts de psychose hebben kunnen uitlokken?

Rotterdam, 22 Februari 1943

P. H. KRAMER

DE KUNSTMATIGE ADEMHALING BIJ SCHIJNBARE VERDRINKING

In een nog niet gepubliceerde verhandeling over het vraagstuk van de verdrinking ben ik tot een opvatting gekomen, welke in beginsel met die van MIJNLIEFF (dit *Tijdschrift*, bl. 361) overeenstemt. Ook ik beschouw de toepassing van de kunstmatige ademhaling bij hulpverlening aan drenkelingen, zooals deze aan leeken wordt aanbevolen, als een verwerpelijk middel. Met de wijziging, die MIJNLIEFF voorstelt kan ik het echter nog niet geheel eens zijn. Diens voorschrift omtrent *geringen* en *zeer geringen* druk bij de uitademing is wellicht voor geoefende handen uitvoerbaar; de practijk leert echter dat weinigen hun kracht kennen. Beheersching zal vele helpers spoedig psychisch vermoeien en vooral indien gunstig gevolg wegblijft, zullen zij zich gemakkelijker laten verleiden tot grootere krachtaanwending. Er zijn echter belangrijker theoretische bezwaren. De kennis van de pathogenese der verdrinking wijst er op, dat druk op de borst ernstig gevaar moet opleveren. Het wekt verwondering dat hiermede in het algemeen zoo weinig rekening wordt gehouden. In de literatuur vindt men de verdrinking onder de asphyxieën gerangschikt. Bij de behandeling van de zeer verschillende vormen volgt men in hoofdzaak dezelfde methode. Het ziektebeeld van de verdrinking is in bijzondere mate gekenmerkt door uitgebreide en ernstige beschadiging van het organisme. MIJNLIEFF schenkt bijzondere aandacht aan de longafwijkingen. Op zichzelf zijn deze reeds belangrijk genoeg. Er is echter meer. Als bij geen anderen vorm van „asphyxie” is er een zeer sterke stuwung in rechter hart, groote venae en lever. De rechter boezem is gespannen en zoo groot als een vuist. Het leverparenchym is door de hooge veneuse spanning ernstig beschadigd. Deze toestand wordt nog verergerd door een omstandigheid, waaraan pathogenetisch nog weinig waarde is toegekend, namelijk de resorptie van het verdrinkingswater. Men heeft dit proces wel als een gunstig verschijnsel beschouwd, daar de longen hierdoor van een hoeveelheid vocht bevrijd worden. Het is echter aannemelijk te maken, dat een overstrooming van het lichaam met water het osmotische evenwicht van weefselvochten en

lichaamscellen zal verstoren. Hydropische veranderingen der hartspieren zijn reeds waargenomen en evenzoo verdunning en destructie van het bloed. De zwelling der lever is ook ongetwijfeld voor een deel een gevolg van deze plethora. Deze enkele voorbeelden bewijzen reeds, dat men bij verdrinking te maken heeft met een zeer samengesteld proces, waarbij de beschadiging van de organen niet slechts afhankelijk is van verstikking en daarmee gepaard gaande paralyse van den bloedsomloop, doch tevens van een algemeene *watervergiftiging*. Welke consequenties deze opvatting heeft voor de behandeling kan ik hier niet uiteenzetten. Het is thans alleen mijn bedoeling er opmerkzaam op te maken, dat kunstmatige adembaling bij het verdrinkingsongeval slechts als inspiratoire methode mag worden toegepast. Expressie in welken vorm ook dient, naar mijn meening achterwege te blijven.

Haarlem, 20 Februari 1943

H. VEEN, chirurg

VERBETERING

In fig. 4 van mijn artikel (dit *Tijdschrift*, no. 7, blz. 312) zijn de letters bij de verschillende curves verwisseld. Deze moeten worden gelezen als hieronder staat.

Glycogeen in pCt.

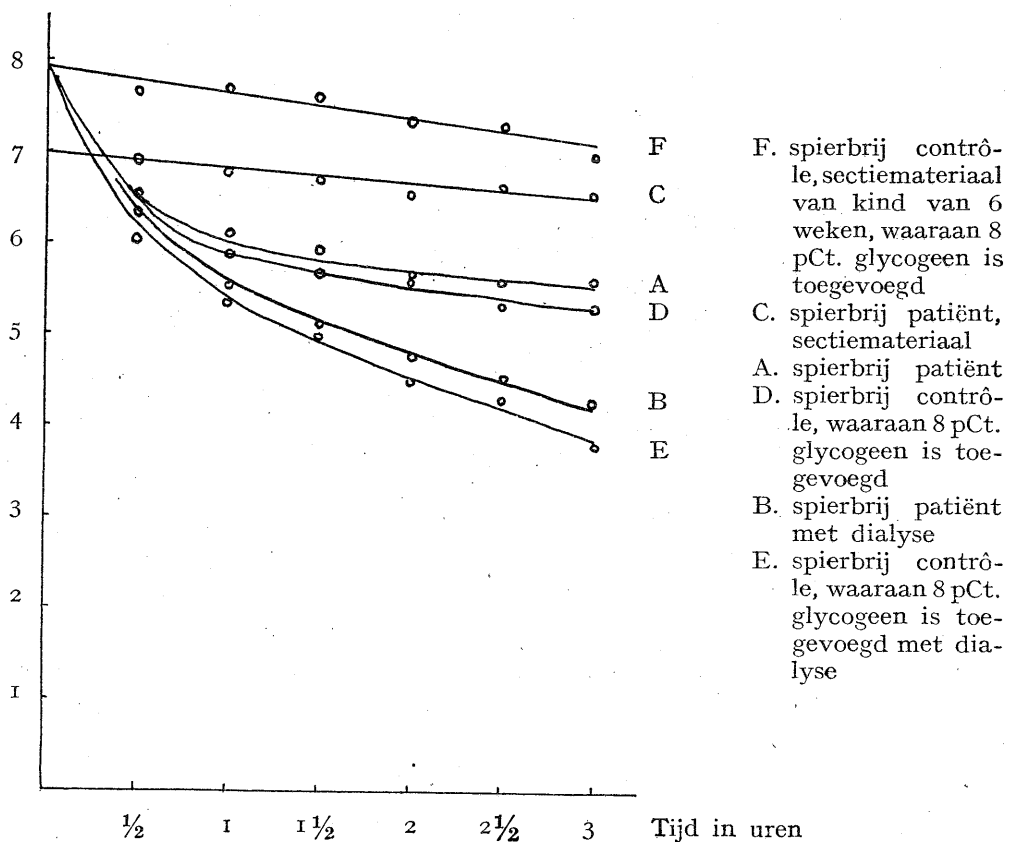


Fig. 4. De afbraak van glycogeen door spierweefsel in bufferoplossing van 0.05 m phosphaat, 0.01 m $MgSO_4$, PH 7.2, temp. $37^\circ C$.

Rotterdam, 15 Februari 1943

J. H. P. JONXIS

BERICHTEN

BUITENLAND

BELGIË. — VIER PRIJSVRAGEN. De Koninklijke Vlaamsche Academie voor Geneeskunde heeft vier prijsvragen uitgeschreven. I. Nieuwe onderzoekingen worden gevraagd over de